

Regeln betreffend

einheitliche Abrechnung

zwischen den Vertragspartner

a) **FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte,**  
Bern

nachfolgend FMH

und

b) **curafutura – Die innovativen Krankenversicherer,**  
Bern

nachfolgend curafutura

allesamt Vertragsparteien genannt

## Inhaltsverzeichnis

A. Einheitliche Rechnungsstellung und Vergütung.....	3
Artikel 1 Grundsatz der Rechnungsstellung.....	3
Artikel 2 Rechnungsstellung und Vergütung.....	3
Artikel 3 Schuldübernahme .....	5
B. Stellvertretung und Praxisassistenz .....	6
Artikel 4 Stellvertretung und Praxisassistenz.....	6
C.    Datenschutz und elektronischer Datentransfer .....	7
Artikel 5 Datenschutz.....	7
Artikel 6 Anpassung und Kündigung .....	7
Artikel 7 Schriftlichkeitsvorbehalt .....	7
Artikel 8 Salvatorische Klausel.....	7
Artikel 9 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen .....	7
Anhang: Diagnosecode für ambulante Behandlungen.....	9
1. Hauptcode.....	9
2. Zusatzcode .....	14

### Ingress<sup>1</sup>

Die Vertragsparteien curafutura und FMH haben den zu dieser Anwendungsregel gehörenden Grundvertrag Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgeschlossen. Beide Dokumente zusammen garantieren die Einheitlichkeit der Abrechnung gemäss KVG.

---

<sup>1</sup> Wo in diesem Vertrag sowohl die männliche wie weibliche Bezeichnung notwendig wäre, wird zur besseren Lesbarkeit des Vertrages jeweils die männliche Form verwendet. Sie gilt für beide Geschlechter.

## A. Einheitliche Rechnungsstellung und Vergütung

### Artikel 1 Grundsatz der Rechnungsstellung

<sup>1</sup> Dieser Vertrag regelt die Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern, die dem Grundvertrag beigetreten sind.

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Vorgaben betreffend einheitlichem Rechnungsformular, elektronischer Rechnungsstellung und Weitergabe medizinischer Daten einheitlich umzusetzen und anzuwenden.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer die Rechnung gemäss dem jeweils gültigen Standard des Forums Datenaustauschs zu. Die Vertragsparteien sind frei, weitergehende Standardisierungen zu vereinbaren.

### Artikel 2 Rechnungsstellung und Vergütung

<sup>1</sup> Schuldner der Vergütung der ärztlichen Leistung im Rahmen des KVG ist der Versicherte nach dem System des Tiers garant gemäss Artikel 42 Abs. 1 KVG. In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden. Versicherer und Leistungserbringer können auch vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).

<sup>2</sup> Der Taxpunktwert wird zwischen den Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelt.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer stellt Rechnung nach dem Tarif am Ort der Leistungserbringung. Es gilt der Tarifschutz gemäss KVG.

<sup>4</sup> Der Leistungserbringer stellt Rechnung mittels einem einheitlichen Formular.

<sup>5</sup> Im Tiers garant schickt der Leistungserbringer die Rechnung sowie ein Rückforderungsbeleg dem Versicherten, das heisst der Versicherte, sprich der Patient, bleibt der Schuldner.

<sup>6</sup> Der Leistungserbringer liefert im Fall des Tiers payant die Rechnung dem Versicherer und stellt dem Versicherten, sprich dem Patienten, eine Kopie zu.

<sup>7</sup> Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- a) Name und Adresse des Leistungserbringers, die ZSR. (Reg.) Nr. und die GLN-Nr.
- b) Name, Adresse und Geburtsdatum sowie die Versichertennummer des Patienten
- c) Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft oder Geburtsgebrechen)
- d) Kalendarium der Leistung(en)
- e) Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung jeweils mit GLN-Nr. des ausführenden und verantwortlichen Leistungserbringers
- f) Diagnosecode gemäss Anhang
- g) Bei Schwangerschaft der mutmassliche Beginn der 13. Schwangerschaftswoche (Art. 105 KVV)
- h) Bezeichnungen von Nichtpflichtleistungen nach KVG
- i) Rechnungsdatum

<sup>8</sup> Die Abrechnung im Tiers payant erfolgt grundsätzlich in elektronischer Form. Unter elektronischem Datenaustausch ist die medienbruchfreie, bidirektionale und kostenlose Übermittlung der Rechnungen zu verstehen. In diesem Fall entfällt die Papierrechnung.

Erfolgt die Rechnungsstellung im Tiers payant und in Absprache mit den Versicherern ausnahmsweise nicht in elektronischer, sondern in physischer Form, so sind die Vorgaben von Artikel 1 Absatz 3 sowie Artikel 2 Absatz 4 dieses Vertrags zwingend einzuhalten.

<sup>9</sup> Auf der Rechnung für die Leistungen aus der Tarifstruktur gemäss Grundvertrag (Tarifnummer XY gemäss Forum Datenaustausch und Tarifziffer gemäss Tarif) sind folgende Leistungen (soweit diese im konkreten Einzelfall zulässig sind) ebenfalls unter Angabe des entsprechenden Tarificodes/-ziffer abrechenbar:

Laborleistungen, Medikamente zur Behandlung, Abgabe von Medikamenten, Verbrauchsmaterial, Dialyse, Abgabe von Hilfsmittel nach MiGel; sowie nichtkassenpflichtige Extraleistungen im Tiers garant.

<sup>10</sup> Falls ein Patient per 30. Juni bzw. 31. Dezember seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer auf Verlangen des Patienten bis spätestens 15. August des laufenden Kalenderjahres bzw. bis 15. Februar des Folgejahres, eine Zwischenabrechnung per 30. Juni bzw. per 31. Dezember.

<sup>11</sup> Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer – falls das System des Tiers payant vereinbart wurde – den unbestrittenen Teil der elektronisch erfolgten Abrechnung innerhalb von 30 Tagen, bei schriftlicher Abrechnung innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

<sup>12</sup> Die Verrechnungen von Ausständen des Versicherten gegenüber dem Versicherer zulasten des Leistungserbringers sind im Tiers payant ausgeschlossen. Im Tiers garant

sind Rückforderungen des Versicherers nur im Rahmen von Art. 56 in Verbindung mit Art. 89 KVG zulässig.

<sup>13</sup> Weitergehende oder einschränkende überkantonale, regionale oder kantonale Bestimmungen bleiben ausdrücklich vorbehalten, zwingendes Recht geht vor.

### **Artikel 3 Schuldübernahme**

<sup>1</sup> In Einzelfällen kann der Leistungserbringer mit dem Versicherer vor der Rechnungsstellung schriftlich vereinbaren, dass ihm dieser den Rückforderungsbetrag (gemäss Abs. 5 nachfolgend), den er dem Versicherten schuldet, direkt bezahlt.

<sup>2</sup> Die Versicherer verpflichten sich, beim Vorliegen der Voraussetzungen der Schuldübernahme einer solchen vorbehaltlos zuzustimmen, falls alle Prämien und alle Kostenbeteiligungen durch den Versicherten oder einen Dritten bezahlt worden sind.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer kann vom Versicherer eine Schuldübernahme fordern,

- wenn der Patient Sozialhilfebezüger ist;
- bei Patienten, die ein Asylgesuch gestellt haben, denen vorübergehender Schutz gewährt wurde oder für welche die vorläufige Aufnahme verfügt wurde (Art. 1 Abs. 2 lit. c KVV);
- wenn der Patient vor Rechnungsstellung durch den Arzt bzw. der Einrichtung verstirbt, sofern die Rechnung nicht innert 6 Monaten bezahlt wird;
- im Notfalldienst.

In allen Fällen ist die Unterschrift des Versicherten, des gesetzlichen Vertreters oder einer bevollmächtigten Person nötig. Die Unterschrift kann auch nach erfolgter Leistungserbringung erbracht werden.

<sup>4</sup> Die Schuldübernahme kann für den ausstehenden oder für künftige Rechnungsbeträge gefordert werden, jedoch mit einer maximalen zeitlichen Beschränkung von 12 Monate pro Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten. Sie hat vor Rechnungsstellung zu erfolgen (ausgenommen Art. 3 Ziff. 3 und 4).

<sup>5</sup> Die Schuldübernahme erfolgt für den Teil der Rechnung, der nach Abzug des Selbstbehaltes und einer Franchise übrig bleiben und sofern die Prämien und die ausstehenden Kostenbeteiligungen durch den Versicherten oder einen Dritten bezahlt worden sind.

<sup>6</sup> Einreden und Einwendungen, die der Versicherer gegenüber dem Versicherten aus deren Vertragsverhältnis hat, können gegenüber dem Leistungserbringer erhoben werden.



<sup>7</sup> Besteht zwischen Leistungserbringer und Versicherer in einem konkreten Fall eine Vereinbarung betreffend Schuldübernahme (maximal 12 Monate gültig), hat der Arzt bzw. die Einrichtung die Rechnung an den Versicherer zu senden (Tiersoldant). Der Versicherer schuldet in diesem Fall dem Arzt bzw. der Einrichtung keine Kostenbeteiligung. Dem Versicherten ist eine Kopie der Rechnung zuzustellen.

## **B. Stellvertretung und Praxisassistentenz**

### **Artikel 4 Stellvertretung und Praxisassistentenz**

<sup>1</sup> Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen.

<sup>2</sup> Er kann unter Berücksichtigung der Gesetzgebung einen Praxisassistenten oder Stellvertreter beiziehen.

<sup>3</sup> Ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal 6 Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige gesetzlich vorgesehene Lösungen. Der Praxisinhaber gibt dem Zahlstellenregister die GLN-Nr. und die Dauer der Anstellung des Praxisassistenten bekannt. Werden diese Informationen vom Praxisinhaber nicht rechtzeitig gemeldet, kann die Rechnung vom Versicherer zurückgewiesen werden.

<sup>4</sup> Ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit des Praxisinhabers angestellt werden. Dauert eine Stellvertretung länger als sechs Monate, so hat der betreffende Stellvertreter eine eigene Zahlstellennummer (ZSR-Nr.) zu beantragen.

<sup>5</sup> Der Arzt als Inhaber der ZSR-Nr. (bzw. der GLN-Nr.) trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für das ärztliche Verhalten seines Stellvertreters oder Assistenten.

## **C. Datenschutz und elektronischer Datentransfer**

### **Artikel 5 Datenschutz**

Die Vertragsparteien verpflichten sich bei der Rechnungsstellung die gesetzlichen Bestimmungen betreffend Datenschutz einzuhalten.

### **Artikel 6 Anpassung und Kündigung**

<sup>1</sup> Diese Vereinbarung kann durch die Vertragsparteien jederzeit einvernehmlich angepasst werden.

<sup>2</sup> Mit Auflösung des Grundvertrages fallen auch diese Anwendungsregeln automatisch dahin. Die Vertragsparteien sichern sich auch diesbezüglich eine rasche Mitwirkung zur Erarbeitung einer neuen vertraglichen Grundlage zu. Die Kündigung der Anwendungsregel richtet sich nach dem Grundvertrag.

### **Artikel 7 Schriftlichkeitsvorbehalt**

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen, inklusive dieses Artikels, haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

### **Artikel 8 Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahe kommen, zu ersetzen.

### **Artikel 9 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen**

Dieser Vertrag tritt nach Unterzeichnung beider Vertragsparteien per Datum der Inkraftsetzung des dazugehörigen Grundvertrags KVG in Kraft.

Für curafutura:

Bern, 9.7.2019

Ort, Datum

J. Dittli

Josef Dittli  
Präsident

P. Zängerle

Pius Zängerle  
Direktor

Für die FMH:

Bern, 5.7.2019

Ort, Datum

J. Schlup

Jürg Schlup  
Präsident

U. Pally Hofmann

Ursina Pally Hofmann  
Generalsekretärin

Anhang: Diagnosecodes für ambulante Behandlungen



# Anhang: Diagnosecode für ambulante Behandlungen

## 1. Hauptcode

### A. Herz- / Kreislaufsystem

A 1 Kardiale Vitien / Herzklappen

A 2 Erkrankungen der Herzkranzgefäße, inklusive Myokardinfarkt

A 3 Herz - Rhythmusstörungen

A 4 Hypertonie

A 5 Arterien

A 6 Venen (inkl. Varizen)

A 7 Lymphgefäße inkl. Lymphoedem

A 9 Andere Erkrankungen des Herz- / Kreislaufsystems

### B. Blut / Knochenmark/ Milz

B 1 Anämie

B 2 Gerinnungsstörungen

B 3 Erkrankungen des Knochenmarks und des Blutes

B 4 Milz / Lymphknoten / Immunsystem

B 9 Andere Erkrankungen von Knochenmark / Blut / Milz

### C. Lunge / Atemwege

C 1 Asthma

C 2 Chronischer Husten

C 3 Lungenembolie

C 4 Lunge / Pleura exkl. TBC

C 9 Andere Erkrankungen des Atemtraktes

## **D. Skelett / Bewegungsapparat**

D 1 Muskeln / Sehnen

D 2 Gelenke / Bänder / Bursa exkl. D3

D 3 Arthritis / M. Bechterew

D 4 Arthrose

D 5 Wirbelsäule exkl. D3

D 9 Andere Erkrankungen des Bewegungsapparates

## **E. Verdauungstrakt**

E 1 Oesophagus / Magen / Duodenum, inkl. Ulcera

E 2 Darm (Dünndarm / Kolon)

E 3 Rektum / Anus, inkl. Hämorrhoiden

E 4 Leber / Gallenwege / Gallenblase

E 5 Pankreas, exkl. Diabetes

E 6 Zwerchfell

E 7 Hernien

E 9 Andere Erkrankungen des Verdauungstraktes

## **F. Stoffwechsel**

F 1 Zuckerstoffwechsel

F 2 Erkrankungen der Schilddrüse

F 9 Andere Stoffwechselerkrankungen

## **G. Infektions- und Parasitäre - Krankheiten**

G 1 Komplikationsloser Infekt

G 2 Tuberkulose

G 3 Virale Hepatitis

G 9 Andere infektiöse oder parasitäre Krankheiten

## **H. Niere und ableitende Harnwege**

H 1 Niere / Niereninsuffizienz (Dialyse / Transplantation)

H 2 Nierensteinleiden

H 3 Ableitende Harnwege

H 9 Andere Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege

## **I. Geschlechtsorgane**

I 1 Männliche Geschlechtsorgane

I 2 Vulva, Vagina, kleines Becken

I 3 Uterus

I 4 Adnexe

I 5 Störungen des Menstruations - Zyklus

I 6 Erkrankungen der Brustdrüse

I 7 Sterilisation

I 9 Andere Erkrankungen der Geschlechtsorgane

## **K. Schwangerschaft / Sterilität**

K 1 Schwangerschaft normales Risiko

K 2 Schwangerschaft mit Komplikation

K 3 Sterilität und künstliche Befruchtung

## **L. Nervensystem**

L 1 Hirn / Rückenmark

L 2 Periphere Nerven

L 3 Lähmung / Ataxie

L 4 Migräne und Äquivalente

L 5 Epilepsie

L 9 Andere Erkrankungen des Nervensystems

### **M. Psychische Erkrankungen**

M 1 Schlafstörungen

M 2 Psychische Erkrankungen

M 3 Psychoorganische Erkrankungen

### **N. Haut**

N 1 Allergische Hauterkrankungen, exkl. Ekzem

N 2 Entzündliche / infektiöse Hautkrankheiten

N 3 Ekzem

N 4 Vaskuläre / degenerative Hautkrankheiten

N 5 Psoriasis / Hyperkeratosen

N 6 Narben

N 9 Andere Hauterkrankungen

### **O. Hals/Nase/Ohren**

O 1 Nase exkl. N6

O 2 Nasennebenhöhlen

O 3 Mundhöhle, Speicheldrüsen

O 4 Tonsillen / Adenoide

O 5 Larynx / Trachea

O 6 Missbildungen der Nase und der Ohren

O 7 Mittelohr / Tuba Eustachii

O 8 Innenohr

O 9 Andere HNO - Erkrankungen

### **P. Auge**

P 1 Lid / Konjunktiva

P 2 Linse / Kornea / Glaskörper

P 3 Iris / Glaukom

P 4 Retina / Sehnerv / Gefäße

P 5 Augenmuskeln / Strabismus

P 9 Andere Augenerkrankungen

### **Q. Zähne / Kiefer**

Q 1 Zyste

Q 2 Zahnabszess

Q 3 Fibrome

Q 9 Andere Erkrankungen des Kiefers oder der Zähne

### **R. Unfall / Unfallbedingt**

R 1 Kopf / Wirbelsäule

R 2 Thorax

R 3 Abdomen

R 4 Obere Extremität

R 5 Untere Extremität



## **S. Nicht-Pflichtleistungen**

## **T. Präventive Massnahmen**

T 1 Vorsorgeuntersuchung

T 2 Impfungen

## **U. Vertrauensarzt orientiert (anstelle Diagnose)**

## **2. Zusatzcode**

Falls nötig sind mehrere Angaben möglich.

01 Rechts

02 Links

03 Akut

04 Chronisch / Rezidiv

05 Infektiös

06 Funktionell

07 Neoplasie

08 Berufsbedingt

### Interpretationen

Es können mehrere Ziffern des Hauptcodes angegeben werden.

Bei der Verwendung des Zusatzcodes muss der dazugehörige Hauptcode angegeben werden.

Neoplasien müssen immer mit dem Hauptcode und dem Zusatzcode angegeben werden.

Unfallähnliche Körperschädigungen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG werden dem Hauptcode R zugeordnet.

Code U meint die Angabe der genauen Diagnose an den zuständigen Vertrauensarzt. Bei Folgeschäden von Suizidversuchen ist dieser obligatorisch.

Falls eine Rechnung eine Nichtpflichtleistung enthält, ist diese mit einem Stern (\*) zu kennzeichnen.

Bei Infektionen bezeichnet der entsprechende Hauptcode das Organ und wird mit dem Zusatzcode präzisiert (Ausnahme Gruppe G / N2).